

年 月 日

狛江市長 宛て

《申請者記入欄》

住所:

氏名:

電話番号:

狛江市多胎妊婦健康診査費助成金交付申請書

狛江市多胎妊婦健康診査費助成金交付要綱第4条第1項の規定により、下記のとおり助成金の交付を申請します。

記

1. 受診状況

ふりがな		生年 月日	年 月 日
受診者氏名			
受診した 医療機関名		出産日 (又は転出日, 最終受診日)	年 月 日

2. 振込先

金融機関名	銀行 本店 信用金庫 支店 農 協 出張所								
預金種別	普通 ・ 当座	口座番号							
フリガナ									
口座名義									

申請に必要な書類はありますか。□にチェックを入れてください。

- 受診した医療機関が発行した申請する受診日の領収書
- 母子健康手帳（申請の際、必要個所のコピーを取らせていただきます。）

私は、市が助成金の交付の可否を決定する場合において必要がある場合には、私が妊婦健康診査を受診した医療機関に対し、当該決定に関し必要となる事項について、市が照会をすることに同意します。

年 月 日 申請者氏名 \_\_\_\_\_